

病院ボランティア・コーディネーターに関するコミュニティ心理学的考察* —支援システムとしての可能性—

平野 優** 内村 公義***

A Community-psychological Study on Hospital
Volunteer Coordinator as Support System

Yu Hirano, Kimiyoshi Uchimura

緒 言

社会的支援とその組織づくりは、コミュニティ心理学の重要主題の一つである^{注1}。コミュニティ心理学の基本的立場は、コミュニティケアを臨床心理学や精神医学の専門家ひとりの課題とするのではなく、コミュニティ全体の責任と位置づけ、地域社会全体の様々な人々との連携の中で援助が成り立つと考える点にある。地域社会との連携は、まず、心理臨床の専門家と他分野の専門家との協力という形で進められる。例えばスクールカウンセリングでは、問題を抱えた生徒のカウンセリングだけでなく、その生徒に関わる教師とのコンサルテーションが重視される。学校教育という枠組みの中では心理と教育という二分野の専門家間協力で解決される事例も多いが、その枠組みを超える問題が頻発する最近の状況では、協力関係は、福祉、医療、行政、法曹、等、他分野に拡がることになる。したがって、こうした多分野間の協力による援助体制をいかにして築き上げるかが近年のコミュニティ心理学の最大課題になっている^{注2}。

しかし、この多分野間の協力が専門家間の協力に限定されてしまうと、それは真の意味における地域社会との連携にはならない。危機に遭遇している人への支援をコミュニティ全体の責任と考えるのであれば、専門家ではない地域住民を含めた社会的支援ネットワークが構築されねばならない。専門家中心主義からの脱却をめざす「アマチュアリズム」こそがコミュニティ心理学の根本発想である。コミュニティ形成の主体創出という角度から見ても、地域住民が専門家への「おまかせ体質」を払拭して、自分たちの社会的ニーズを自分たちで解決しようとする市民ネットワークを構築することが急務である。

そもそも社会的支援ネットワークが自然発生的に存在しているのが地域共同体である。キャプラ

ンは、自然発生的な支援組織として、「インフォーマルな相談者」に注目する^{注3}。それは、地域の人間関係や利用できる社会資源を熟知している世話好きな人々であり、あるいは、病気や不幸に見舞われた経験を生かして同じ境遇にある人の相談相手になる人である。彼らは専門家ではないが、そうであればこそ、自然発生的で対等かつ親密な、相互に励まし合う関係の中で、専門家にはできないパーソナルな援助が可能になる。

しかし、近代化に伴う伝統的な地域共同体の崩壊とともに、インフォーマルな相談者も姿を消してしまった。そして、社会的支援は様々な分野の専門家に委ねられることになった。この社会的支援の専門化が孕む問題点の一つは、支援が多様な分野に専門分化する結果、トータルな人間に対するトータルな支援が行なわれなくなることである。この失われた支援の全体性を回復するための試みが、専門分野を横断するネットワーキングとしての支援組織づくりである。もう一つの問題点は、インフォーマルな相談者のような自然発生的な支援組織がもっていた自然性・親密性・相補性が失われることである。これを解決するためには、専門家のネットワークとは別に、それと協働する非専門家の自発的支援ネットワークを構築する必要がある。

本稿では、自発的支援システムのモデルとして病院ボランティア組織とそのキーパーソンである病院ボランティア・コーディネーターを取り上げる。その理由は、病院ボランティアが対人援助ボランティア活動として最もシステム化の進んだものの一つであり、更に、これを核としてコミュニティの新しい住民主体支援システムが生まれる可能性を秘めているからである。後述するように、病院ボランティア活動は対人援助に限定されるわけではないが、重要な意味をもつ活動は広義のメンタルヘルスケアを含めた対人援助であり、ホス

* Received January 20, 2005

** 長崎ウエスレヤン大学非常勤講師 杏仁会江南病院ボランティア・コーディネーター

*** 長崎ウエスレヤン大学教授

ピスでのボランティアに典型的にみられるように、医療スタッフや心理臨床の専門家と協働しながら、専門家が与えることのできないケアを提供している。この専門家との協働性も、新しい社会支援システムとして病院ボランティアに着目する理由である。ボランティアのアマチュア的援助特性と医療スタッフの専門性を結びつけ、個人の自発的活動を社会的支援システムとして組織化するためには、専門的なコーディネーターが必要である。それが病院ボランティア・コーディネーターである。

本稿のもとになったのは、2002年～2003年に日本病院ボランティア協会の協力を得て実施した調査である^{注4}。それをもとに、病院ボランティア活動、コーディネーターの活動を概観するとともに、病院ボランティア・コーディネーターが活躍している静岡県立静岡がんセンターのボランティアグループとコーディネーターを事例に、病院ボランティア・コーディネーターの機能と、今後の可能性について考察する。

第1章 病院ボランティア活動とは

1-1 病院ボランティアの軌跡

病院ボランティア活動は、1877年、佐野常民が設立した博愛社（のちの日本赤十字社）が立ち上げたボランティア団体日本赤十字社篤志看護婦人会を嚆矢とするという説や、1942年、アメリカ・イリノイ州にあるエバンストン病院で始まったという説があり、定かではないが、いずれの場合も、戦中であり、ボランティアは人手不足解消のために導入されたと考えられる。

病院ボランティア活動は戦後、途絶えたかにみえたが、1960年代から各地で徐々に広がり始める。大阪では1960年に設立した淀川キリスト教病院で、1962年、美容師がボランティア活動を始めた。その動きは次第に拡大し、1960年代に既に少なくとも10病院でボランティア活動が行なわれていた。1974年、病院ボランティアの健全な発展と推進のため、ボランティアグループの連合組織として34病院が加盟して「日本病院ボランティア協会」が発足した。

東京でも、1960年、東京都病院赤十字奉仕団の誕生後、日赤中央病院において患者の話し相手や移動図書などの活動を展開していく。その後、日赤医療センター、国立東京第一病院、順天堂医院、厚生年金病院などに広がり、1977年、日赤医療センターの活動は社会福祉活動教育研究所の病

院ボランティアグループが引き継いだ。また、1970年にボランティア活動を開始した聖路加国際病院が中心になり、関東における病院ボランティア活動を牽引していった。その後1996年、関東地区病院ボランティアの会が設立され、関東地区における病院ボランティア活動のネットワークを築いている。

しかし、病院ボランティア活動が急激に拡大し始めたのは、1990年代後半になってからである。その要因は主に次の三つが考えられる。

まず、第一にボランティア活動が特別なことではなくなったことが挙げられる。1995年の阪神・淡路大震災の際、多くのボランティアが活躍し、ボランティア活動の重要性が広く社会に認識される契機となった。これに伴うボランティア人口の増加と共に、ボランティアに関わる情報も積極的に発信され、ボランティアを受け入れる場も増え、ボランティアが活動しやすい環境が少しずつ整ってきた。その結果、ボランティア活動が特別なことではなくなり、潜在的な活動希望者が参加しやすくなった。そしてその活動の場として、身近にある病院でボランティアをする人々が増えることとなったと考えられる。

次にあげられるのは受け入れ側である病院の変化である。1995年に発足した日本医療機能評価機構が行なう病院機能評価では、「ボランティアを受け入れている」という評価項目があり、ボランティアの存在が評価基準のひとつになっている^{注5}。

また、全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡会が定める緩和ケア病棟承認施設におけるホスピス・緩和ケアプログラムの基準に「ボランティアについて」という項目があり、「1. ボランティアは、チームの一員であり、大切なケアの提供者である。2. ボランティアの参加は自由意志によって行なわれ、チームにおける役割を明確にした上で、ボランティアには応分の責任が求められる」と記載されている。これらは、ボランティア受け入れが病院の標準的なプラクティスになりつつあることを示している。

この二つの要因の根底にあるのは、医療のあり方の変化であり、それが第三の要因である。病院には医療について素人である患者と、医師をはじめとする医療の専門家がいる。かつて、患者は医療サービスを受ける主体であるにもかかわらず、素人ゆえに専門家集団の中にあっては弱い立場に置かれていた。医師の専門的権威を背景に医師－患者関係の主導権の一切は、医師の側に与えら

れ、患者はその指示に受動的に従う上位－下位の関係であった。「お医者様」とは端的にその関係を示しているといえる。しかし、近年になって、「インフォームド・コンセント」など患者の様々な権利を確立していこうとする運動や、利用者である患者が主体的に自らの疾病に関わろうという動きが出てきた。その結果、医師－患者関係は、上－下関係からより対等な関係へと変化してきた。

両者の関係の変化は、情報公開を求める社会の波に乗り、第三者評価機構による病院の評価などの新しい動きも生み、患者主体の医療のあり方は、もはや医師－患者間の問題にとどまらず、社会の要請となっている。

このように、広くは社会の要請として、病院、ボランティア両者がその活動を必要とした結果、活動が急激に拡大したのは自然の流れだといえよう。

1-2 病院ボランティアの主な活動

病院で行われているボランティア活動の内容は第3章で詳しく紹介するが、特徴として次の三点が挙げられる。まず、活動内容が非常に多彩なことである。多様な活動が展開されているのは、診療科目の違いで活動の内容が異なってくること、ボランティアの特性がさまざまなことが主な理由だろう。更に、活動内容は利用者のニーズに合わせて常に変化、拡大している。

二点目の特徴として、病院には欠かせない活動を担っている点が挙げられる。病院ボランティアの中には、労働力確保のためと思われる活動を行っているグループもあり、病院にとっては人手不足解消の活動といえるかもしれない。が、それだけにボランティアは欠くことができない存在でもある。しかし、現在、病院のボランティア受け入れの姿勢は、医療の補助労働力としての受け入れから、患者のQOL向上のためのための受け入れへと移行してきており、その意味で欠かすことのできない存在としてボランティアが位置づけられている。

最後の特徴として、ランゲージサービス、演奏会、アロマセラピーやアニマルセラピーなど、本来、病院にはない専門的なサービスを提供している点である。医療とは異なった分野の専門的な活動を院内に持ち込むことによって、病院が提供するサービスの幅が広がり、結果、多角的なケアにつながると同時に、病院の地域の開放性が高まると考えられる。

1-3 病院ボランティア活動の意味

病院ボランティア活動には次のような意味が考えられる。

1-3-1 日常性の創出

病院はもともと閉鎖的で非日常的な空間であるが、入院すると、その空間で生活を営むこととなり、患者にとって非日常的な空間が日常的生活の場になる。限られた種類の人間（医療の専門家）に囲まれ、ただ病気と対峙するという単調な生活になる。そのような場所に、専門家ではなく、また患者でもない、年齢も背景も多様なボランティアが入ることで、利用者（患者）の日常性が創出ないし回復されることになる。

1-3-2 ケアの重層化

現代の医療は「キュアからケアへ」という言葉に表されるように、疾患の治療だけでなく、患者のQOLの向上を含めた包括的医療を目指している。情緒的支援ないし共感がケアの第一の要素であることを考えると、専門家の視点からのケアでは成し得ない、患者と同じ視点に立ったケアが重要になる。その役割を担うことができるのがボランティアである。ボランティアの存在により重層的なケアを病院は提供することができるようになり、ケアの質が高まる。

1-3-3 病院の開放

病院は極めて閉鎖的な空間である。それゆえに、医療ミス、人権侵害、不正などが隠蔽されやすい。その中に、利害関係のないボランティアが外部から入ることによって、チェック機能が生まれる。また、各種ボランティア活動によって病院が地域住民に提供するサービスの幅が広がり、地域に開かれることになる。

第2章 ボランティア・コーディネーターの必要性

このような意義を持つ病院ボランティア活動が期待される成果を挙げるためには、ボランティアの活動と病院および利用者のニーズとが適合しなければならない。筒井のり子は、ボランティアとニーズの出会いの難しさについて以下のように述べている。

「阪神・淡路大震災では、個々の市民の自発的な行動が大きくなうねりとなって日本社会を揺るがせた。と同時にそれらの市民の想いや行動を的確に受けとめ対応する‘しくみ’があまりに未成熟であったことが露呈した。……また援助を必要とする市民と援助を提供しようとする市民が的確に

出会い、共感をもとに活動を作っていくプロセスは偶然にまかせておいたのではなかなかできないのである」^{注6}。

震災での反省を踏まえ、両者をつなぐ存在の必要性が急激にクローズアップされるようになった。その存在こそがボランティア・コーディネーターである。病院では医療スタッフ、利用者、ボランティアの三者をつなぐ必要がある。病院がボランティアを募集する場合、ある一定の目的があり導入すると考えられるが、それに対し、ボランティア活動を行なう者のきっかけや目的は様々であると考えられる。ボランティアの思いを汲み取りながらも、両者の目的を近づけ、新たに共通したボランティア活動の意義や目的を創造することで、立場の違いを活かしながらも協働することができる。そこで、本章では病院ボランティア活動のキーと考えられる病院ボランティア・コーディネーターについて考察を加える。

日本病院ボランティア協会は、病院ボランティア・コーディネーターを「ボランティアの窓口となり、病院側と調整を計る職員」と規定し、「ボランティア導入の成功のキーパーソン」と位置づけている。一般的にボランティア活動のキーパーソンとしてコーディネーターが重要であることは次第に認知されてきているが、特に病院でのボランティア活動では、コーディネーターの必要性が高く、日本病院ボランティア協会加盟のボランティアグループ全体の約7割にボランティア・コーディネーターが置かれている。それでは、いったいどのような点で、必要とされているのだろうか。

2-1 専門性とアマチュア性の接合

先述したように、「素人」であるボランティアが病院で活動を展開することは、大きな意義がある。しかしながら、病院は専門の治療機関であり、そこで働く人々は専門家の集まりである。その中で、専門家とは異なった視点から利用者を支援していくには、ボランティアがアマチュア性を過小評価することなく、自立を保つことが重要である。かつての医師－患者関係のように病院職員－ボランティアが上－下関係になってしまえば、常に病院職員の意見が優先され、ボランティアの自立性が損なわれることとなり、ボランティアならではの力が十分に発揮されない。しかしながら、「専門家」の中で「素人」がいることの意義を自覚することは、なかなか難しいと思われ、その意義を十分に伝えるための第三者が必要となる。

一方で、病院は時に生と死を左右する場であり、利用者は、第一に「治療」を求めて病院を訪れるのである。それは医療の専門家の任務であり、ボランティアが担うことではない。また、肉体的にも精神的にも不安定である利用者をケアするには、それなりの知識を必要とする。そのような時、ボランティアが自分の思いや経験だけで活動を展開すると、大きな事故につながったり、利用者の人権を侵害してしまうことが起きないとは限らない。それを防ぐためには、病院という特別な場所でボランティア活動を行なうために必要な情報や知識を伝えトレーニングを行なう専門家が必要となる。

2-2 ボランティアのシステム化

病院が専門機関であり、その中で行なうボランティア活動には十分な配慮が必要である点を述べた。しかし、それはボランティア個人の対応に留まらない。ボランティアはグループとして多岐にわたる活動を行なうので、ボランティアのグループ化と活動調整が必要になる。また、病院職員との役割分担と協働のための具体的調整が必要である。

また、病院職員とボランティアとの理念の共有をはかることもボランティア活動を行なっていく上では重要である。

さらに、実際の活動だけではなく、ボランティアの募集から活動の実施、その後のフォロー、グループ運営、記録統計など、実際の活動に直接関わる業務だけではなく、活動を継続する上で必要な業務が数多くある。専門機関でのボランティア活動を、ある程度の人数で継続的行なう場合には、実際の活動以上にその活動を支援する役割が大きいと考えられる。

2-3 専門職としての病院ボランティア・コーディネーター

以上、三点を挙げたが、いずれの場合も当事者（病院職員・ボランティア・利用者）をつなぐ、もしくは支援する必要性があることが共通している。それらの役割は、当事者の視点で取り込むのではなく、第三者の視点からその役割を果たす必要がある。それぞれの立場を考え、想いを活かしながら、より公平な目で両者を調整することが必要だからである。しかし、そのように両者の立場や気持ちをある程度理解するには、それぞれに対する知識に加え、ボランティア活動支援に関する知識や技量が必要である。その専門家として病院ボランティア・コーディネーターが必要とさ

れているのである。

今回の調査では、専任のコーディネーターを置いている病院は、全体の16パーセントであるが、その中から静岡県立静岡がんセンターのボランティア活動を事例として検証する。

第3章 静岡県立静岡がんセンターボランティアグループ「せせらぎ」

2002年に開設された静岡県立静岡がんセンター（以下、静岡がんセンター）は、現在、約400床（全可動病床数615床）、診療科目35科目、最新医療を提供すると同時に、女性専用病棟や緩和ケア病棟を備え、広大な庭や多目的ホール、ギャラリーなど患者の癒しのための空間を多く設けた先進的な病院として、全国各地から患者が訪れる病院である。ボランティアは開院準備段階から構想され、開院と同時に活動を開始した。本病院には、定期的にコンサートを行なうコンサートボランティアが8グループ（約30名）と、ボランティアグループ「せせらぎ」が活動しているが、今回は毎日、継続的に様々な活動を行なっている「せせらぎ」に焦点をあてる。

3-1 静岡県立静岡がんセンターボランティアグループせせらぎの概要

静岡がんセンターにおけるボランティア活動は、2002年9月、病院の開設日と同時に開始された。「優しさや潤いのある活動、季節の風を感じる活動、さわやかな活動」の理念を掲げている。またその思いを込めてグループ名を「せせらぎ」とした。

現在、ボランティアは124人、1日のボランティア活動者数は約35人程度で、月曜日～土曜日の9:00～17:00を原則に活動しているが、活動内容によっては夜間に活動する場合もある。原則週に1回活動し、それぞれ活動曜日と時間が緩やかに決まっている。

メンバーは、曜日グループと活動内容別のグループの両方に所属し活動しており、各曜日に、活動内容別のグループのメンバーが活動する。活動方法は大きく二つに分かれる。一つは主にメンバー全員が関わる活動であり、もう一つは個人の特性を活かした活動である。メンバー全員が関わる活動には外来サポート活動（車椅子補助、移動サポート、キッズルームや車椅子の整備整頓、案内や受付の見守り、移動サポート、入院時のサポートなど）、病室訪問活動（話し相手、散歩、身辺サポート、その他患者のニーズに対応した活

動）、グループ運営活動（運営については後に記す）がある。次に個人の特性を活かした活動で、先に紹介した活動内容別のグループを指す。イベント（クリスマス、各種コンサート、バザーなど色々なイベントを企画、準備、広報、実施）・手作り（がん患者のための帽子製作、11種類の各種カバー類の裁縫、切り絵、ガラス工芸など）・図書（巡回図書（あすなろ図書）、各階情報コーナーのせせらぎの本の整備）・ほっとぽっと（緩和ケア、小児病棟を中心にお茶のサービス、話し相手など）・環境美化（院内各所の花活け、畑作り、病棟ベランダの花の整備、せせらぎギャラリーの企画、絵画の貸し出しなど）・フリーサポート（前述のサポートを含め、臨機応変に活動を行なう）の六つがある。

上記のように活動は決まっているものの、幾つかのグループにまたがり活動を行なっている場合が多いため、その日のメンバーの人数や、活動状況に応じて、コーディネーターと相談し、臨機応変に活動を展開する。また、職員から届いた要望なども含め、コーディネーターが1日のリクエストをボランティア室に貼っておき、希望を聞いて行ってもらう場合もある。

グループの運営は、基本的に全員で行なっている。その中心は運営委員会で構成されており、活動の方針、規約、内容など活動について話し合う。自主財源の創出にも取り組んでおり、定期的にバザーをする他、手作りグループが作成した帽子の一部もそれにあてている。また、活動報告と、活動紹介のため、月1回「せせらぎ便り」も作成している。

次にこの活動を支えているコーディネーターの活動を概観する。

3-2 静岡県立静岡がんセンターボランティア・コーディネーターの概要

静岡がんセンターのボランティア・コーディネーターは、ボランティアを受け入れることが決定したのと同時に導入が決定した。当時、東札幌病院のボランティア・コーディネーターであった斉藤悦子氏が、定期的に行なわれていた研修会の講師をしたことが縁で、2002年9月の開院へ向けて、静岡がんセンターのボランティア・コーディネーターに就任した。

以下、インタビューと斉藤氏が執筆した「病院ボランティア・コーディネーター」^{注7}をもとに主な活動を紹介する。

1. ボランティアの募集

- 1 年に2度募集。その他に応募がある場合はその都度対応。
2. 応募者に対する説明会と個人面接
3. ボランティア研修
活動希望者は3ヶ月程度、週1回のペースで研修を行なう。
4. 活動のフォローアップ
ボランティアの相談・定期研修など。
5. ボランティアグループ運営支援
月1回のボランティア全体ミーティングと6グループのグループミーティング、ワークショップ。
6. 病棟カンファレンスのニーズの把握
7. 活動の開発
ニーズに応じて活動を考案し、ボランティアに提案する。また、新しい活動を始める際の支援を行なう。
8. 活動の調整
日常の調整は、毎朝、看護師、及び、活動者との間で行なう。活動全体については、月1回、ボランティアサポート委員会（ボランティア、ボランティア・コーディネーター、室長・副院長、看護師、栄養士、MSW、ドクター計12名で構成）で話し合う。
9. 利用者に向けての活動の周知
ベッドサイド端末にボランティアの存在、目的、活動内容などを紹介している。
10. 職員に向けて活動の周知
11. 地域に対する病院ボランティア普及活動
見学者へのレクチャー、外部の団体、学校での講演
12. 事務業務

第4章 病院ボランティア・コーディネーターの役割

4-1 病院に対する役割

4-1-1 土壌づくり

ボランティア活動は、活動場所となる病院がボランティア活動の必要を感じ、導入する意志を持たなければ、始まることはない。しかし、ボランティアについての情報が無い中で、その意志が自然発生することは非常に稀なケースだと考えられる。そこで、ボランティア活動を受け入れる土壌をつくる必要性がある。先に述べたように、昨今、病院ボランティア活動はある程度認知され、病院機能評価等の影響もあって導入する病院も増えてきている。しかし、一方で、日本の病院ボラ

ンティア活動最大のネットワークである日本病院ボランティア協会に加盟している病院数が、日本の病院全体のわずか2%に不足することを考えると、情報が少なく、病院ボランティア活動が身近では無い場合、導入したい気持ちはあるものの、踏み出せないといった病院が多いのが現状である。したがってボランティア活動の意義、その位置づけ、活動内容の例示、など具体的な情報を提供、提案し、ボランティアを受け入れる土壌作りを行なう必要がある。例えば、日本病院ボランティア協会や、斉藤氏を始めとする牽引者らは、研修会や講演会を実施し、導入についての相談窓口をもうけるなど、病院がボランティアを受け入れる土壌づくりを行なっている。

4-1-2 ボランティア活動に関する啓発

ボランティア活動を導入した後、しばしば、職員が職域を侵されるのではないかとボランティア活動導入に反対する場合があるという。また、制度として導入されても、ボランティアを代替労働力として捉えていたのではボランティアは十分活躍できないばかりか、活動の存亡にも関わる。活動導入後はボランティア活動の内容や意義を明確に職員全体に伝え、ボランティア活動の意義に対する共通理解を構築することが大切だ。そのためにコーディネーターは、職員に対してボランティア理解を深める活動を行なっている。

「導入した時、ボランティアには人手不足を補うことを期待されていたと思う。（病院に入っただけの良く見えるけれど間仕切りだけのコーナーにボランティア室を作って）お飾り的な印象もあった。そもそもボランティアをなぜ導入するのか、という職員も多くいた。でも、今はあちこちからリクエストがある」と斉藤氏は語る。職員のボランティアに対する意識は活動導入当初から、わずか1年半で大きく変化し、積極的にボランティア活動を受け入れ、更には協働する兆しも見えてきているといえる。

4-1-3 病院の理念に沿ったボランティアの意識形成

ボランティアはそれぞれ異なった思いでボランティア活動を始めるのに対し、受け入れ側である病院は、ある一定の目的がありボランティアを導入する。静岡がんセンターは、病院の理念を共に実現するために導入した。その目的がボランティアの求めているものと大きな相違があると、両者の間に問題や衝突が起こる場合がある。ボランティアが活動を開始する際、ボランティア個人の目

的と相違がない事確かめ、どのようなボランティアを病院が求めているのかを明らかにすることで、共に一つの目標に向かって取り組むことができるようになる。

斉藤氏は病院の理念に共鳴し活動するボランティアを「理念実践型ボランティア」と称し、それは「病院が思い描いていることをボランティアと一緒に思い描き形にしていくこと」だという。

「病院の理念に共感して、その実現に向けてボランティアが活動することで、職員も、『ボランティアが居るのも悪くはない』と理解してもらえるようになる」とも語る。静岡がんセンターのボランティア導入に関わる規定の第一項目に「静岡がんセンターのボランティアは理念実践型のボランティアである」と明記していることからその重要度がわかる。

4-2 利用者に対する役割

4-2-1 ニーズの把握

そもそもボランティア活動の中心には利用者がある。病院、ボランティアが一方的な思いで活動を行なっても、その支援を利用者が必要としない場合は、その活動は単なる迷惑になってしまう。利用者のニーズがあり、それを支援したいニーズがあり初めて活動は有効なものとなる。しかし、ボランティアが利用者の病状や環境など、利用者のプライバシーに関わる情報を個別に入手することは困難である。また、職員が、病気の治療以外の個別のニーズを把握し、検討することは物理的に困難である。コーディネーターは利用者がどのような支援を欲しているのか、どのような潜在的ニーズがあるのかをキャッチし、そのニーズに対して、ボランティアがどのように応えることができるか検討している。静岡がんセンターでは、①コーディネーターが病院のカンファレンスに参加、②職員から利用者のニーズを受ける、③利用者のボランティア室訪問、④家族会への参加などの方法で行なわれている。

利用者のニーズはボランティアに直接相談されることもあり、中には金銭がからむこともある。ボランティアが受けることができないニーズについてあらかじめ提示しておくと同時に、そういった場面でどのように対応するかについてもボランティアと話し合う機会を設けている。

4-2-2 ボランティア活動に関する啓発

現在、日本の病院でボランティアが活動している病院はまだ僅かである。従って、ボランティアが病院にいとあらかじめ知っている人も少ない

だろう。まずは、ボランティアの存在を利用者に知ってもらう必要がある。更に、ボランティアと職員との違い、ボランティアができることと、できないことを知ってもらうことで、ボランティアと利用者のトラブルを未然に防ぎ、上手にボランティアと付き合ってもらえる必要もある。多くの病院では、病院のホームページに掲載、院内にボランティア活動についてのパンフレットを置く、ボランティアとわかるように職員とは異なったボランティアのユニフォームを着用するなどしている。静岡がんセンターでは各ベッド端末にボランティア活動紹介のページを設ける、各所にボランティア活動にまつわる掲示やイベント案内を告知する、などしている。

しかし、実際の活動の中では、遠慮してしまう利用者や、ボランティアをもの好きな人、もしくは便利屋と考える利用者もいるかもしれない。そういった場合、本来のボランティアの意義は損なわれ、ボランティアと利用者の対等な関係を築くことが難しくなると考えられる。そうならないためにも、日頃から、地域に向けてボランティア活動とその目的を知ってもらうように心がけ、利用者にもそれが伝わるようにする必要があるだろう。

4-3 ボランティアに対する役割

4-3-1 ニーズの把握

ボランティアは「何かしたい」という思いを持って病院の戸をたたく。しかし、どのようなことが病院でできるかあらかじめ知っているボランティアは少ない。また、自分がしたいことをはっきり自覚していない場合もある。まず、何を求めているのかという気付きの手助けをし、先に述べた病院の理念と病院でできる活動を伝え、ボランティアが活動に何を求めているのか把握し、ボランティアに適した活動を考える必要がある。「適材適所」が重要であると述べる斉藤氏は、面接時にボランティアの特技や趣味をじっくり聞き、それを把握しておくことで、ボランティアの特性を活かすようにしているとのことだった。本人のニーズが受け止められることで、活動を通して充実が得られることになるのだろう。このようにボランティアの面接の際、相手のニーズを引き出し、個性を見極めることで、本人に適した活動が行なえるような配慮をしている。

4-3-2 育成

ボランティアの育成には①知識や技術によって自信を育てる②意欲を育てるという面がある。ま

ず①に関して、病院は利用者の生命を預かる専門機関である。そのような専門機関で素人であるボランティアが活動するには、病気に対する基礎知識や、介助技術など、様々な知識や技術が必要になる。それらを習得することで、利用者の安全やプライバシーなどが守られ、病院も信頼してボランティアに任せることができる。なによりボランティアが不安を抱くことなく自信を持って活動できるだろう。また、技術だけではなく、円滑に人間関係を進める方法や死生観などについてもボランティアは学び、考える機会を得ることで、成長につなげていく。静岡がんセンターの場合、3ヶ月間、総計24時間かけてボランティアは様々な研修（ボランティアトレーニング）を行う。

次に、②に関して、静岡がんセンターのボランティアから以下のようなエピソードを聞いた。

「利用者のための帽子を作成したところ、とても好評で注文が相次いだ。しかし、作成した当人はまだ販売できるほどではない、と躊躇してしまった。すると、斉藤氏は、作品がとてもよくできていること、帽子を必要としている人がいること、今、始めないと業者が参入し、個々ニーズに応えられる商品にはならないのではないかと話し、ボランティアは励まされ、やる気になった。」

4-3-3 心理的ケア

ボランティア活動をする上で、心身の健康は欠かせない。病院であれば、利用者の安全のためにもなおさらである。そのため、多くの病院では、ボランティアのための健康診断を行なっている。コーディネーターが担う役割としては、心理面のケアである。ボランティアの多くは思いを原動力に活動を行なっているので、職員や利用者、もしくは同じメンバーにその思いが通じない場合や、衝突した時など、人間関係で悩みを抱える場合もあるだろう。また、病院ボランティア活動を行なっている人は自分や家族などの入院経験や看取りの経験がある人も少なくない^{注8}。そのため、支援していた利用者を亡くす体験をした時、過去の経験と重なり合って耐え切れない場合がある。それらをケアする役割がコーディネーターに課せられている。

4-3-4 自発的ネットワークの形成

ボランティア活動の主体はボランティア自身である。従ってボランティアが主体的に活動に関わる必要がある。かつて、病院がボランティア導入に積極的ではなかった頃、ボランティア側から病

院に掛け合って活動を開始したグループもあったと聞く。また、先述したようにボランティア・コーディネーターは最近のシステムであり、現在、コーディネーターによって担われている機能の多くはボランティアによって担われていた。そのような状況下では、ボランティア自身がその活動の意義、活動内容、活動方法などボランティア活動にまつわる様々なことについて詳細な計画と明確なビジョンを持っている必要があっただろう。また、病院や利用者の理解を得るために、試行錯誤して常に改善していく必要もあったと考えられる。そのためにボランティアはグループを形成し、それぞれに応じた役割を決め、活動を発展させてきた。日本病院ボランティア協会の発足も、病院ボランティアを普及させる目的と同時に、情報交換や連携のためのネットワークが必要だったからだと思われる。かつて、病院でボランティア活動をするには、グループメンバーそれぞれが主体的に活動に取り組むことが必要条件であったと考えられる。その結果、ボランティア個人、そしてグループの自立が培われていった。ところが、病院がボランティアを積極的に導入するようになったこと、ボランティア活動の敷居が低くなったことで、病院でボランティア活動を始める際にかつてほど大きな決断や努力をする必要がなくなった。更に、コーディネーターの導入が進んだことで、場合によっては活動の一切をボランティア・コーディネーターが指揮し、ボランティアはそれに基づいて活動するということにもなりかねない。

静岡がんセンターでは、メンバー全員が関わるルーチン化した活動と個人の特性を活かした活動があるが、後者はボランティアの自発性や主体性を重視するものである。前者の場合にも、大枠は決まっているが、活動内容は細かく規定されていない。活動内容を限定しないことはボランティアがしたい活動をすれば良いということではなく、ボランティア自身が、利用者はどのような支援を望んでいるかということを常に考えながら活動する必要があるということである。と同時に、コーディネーターはボランティアが自由に活動を行なえる環境作り、活動の把握とフォローなど、より多角的なコーディネートを行なう必要がある。ボランティアを自発的支援ネットワークと位置づけるならば、ボランティアの主体性と自立性の確立を支援することがコーディネーターの重要な役割になる。

第5章 社会的支援ネットワークづくりの試み

5-1 病院から地域へ

病院ボランティア・コーディネーターが担っている役割について、齊藤氏の活動を対病院、対ボランティア、対利用者に分類して考察した。それでは、これら一連の役割に通底しているものは何なのだろうか。齊藤氏は、これらの様々な役割を担いながら何をめざしているのか。

第1章で述べたとおり、病院に対する役割の根本は病院を地域に対して開くことである。利用者に対する役割は病院の中に日常性を創出し、全人的・包括的なケアを提供することである。ボランティアに対する役割は自発的支援ネットワーク形成の触媒になることである。こうした活動は「病院の中の活動」だけで完結するものではない。利用者は病院に入院している患者だけではない。通院する利用者もいれば、潜在的利用者もいる。また、入院患者も地域へ帰っていく。より良い病院ボランティア活動、即ち利用者の立場にたったケアを提供する活動には、地域から病院へという方向だけではなく、病院から地域へという方向、更には、病院内だけのケアから病院も含んだ地域でのケアという視点が必要になってくる。それが病院ボランティア活動とそのコーディネーターに求められているものである。

5-2 ボランティアによるコミュニティケアの創出

齊藤氏は「ボランティアはコミュニティケアの担い手である」というボランティア観を持っている。そして、「ボランティアによるコミュニティケアをどのように創っていくか」ということが現在の課題であると語る。

コミュニティケアとは、社会福祉の政策用語としては「社会福祉の対象を収容施設において保護するだけでなく、地域社会すなわち居宅において保護を行いその対象者の能力のより一層の維持発展をはかろうとするもの」（中央社会福祉審議会答申1971）と定義されているが、もともとは精神障害者の社会復帰に際しての施設収容ケアから在宅およびコミュニティにおけるケアへの転換を意味した。しかし、例えば一人暮らしの老人の問題など対象がひろがるなかで、また、地域社会の条件や住民の福祉関心の高まりのなかで、社会福祉の思想や方法自体の反省としてコミュニティケアが提起されるに至る。現実には地域社会に根ざす施設のありかた（中間施設）を含め施設ケアと在宅ケアをコミュニティで繋ぐ第三の領域の開拓

が、施設と家庭、専門家チームとボランティアのネットワーク形成という視点から見ても望ましいと言われている。

齊藤氏が目指す「ボランティアによるコミュニティケアの創出」は、まさに「第三の領域の開拓」といえる。そこで齊藤氏がどのようにその課題に取り組んでいるのかを紹介し、コーディネーターが、コミュニティケアの担い手となる病院ボランティア活動に寄与する可能性を考察する。

現在、齊藤氏は、静岡がんセンター発の活動として、大きく以下の三つを構想、その実現へ向け取り組んでいる。一つめは「院内デイケア」、二つめは「優しい地域づくり」、三つめは「ボランティアによる患者支援のための中間支援組織の設立」である。

5-2-1 院内デイケアー地域に帰る第一歩

「院内デイケアは以前からその必要性を感じて行ないたいと考えていたが、なかなかできない。（患者がデイケアに行くことで）自分の弱っている部分を鼓舞させたり、気持ちが起こされたり、揺さぶられたりという気持ちの変化があると思う。そのためには、毎日あるということが肝心。ボランティアに毎日できる、という覚悟がない限りは始められない」と活動に対する期待と現実の葛藤について語った。とはいえ、「院内デイケア構想」は着実に進みつつある。筆者が訪問していた際、一人のボランティア宅に「古いがまだまだ現役の蓄音機とレコードがある」という話になった。それを傍で聞いていた齊藤氏はすかさず、「それで何か活動できるんじゃない？例えば院内デイケアとかやってそれを流したら、お年寄りとかとっても喜ぶんじゃないかしら」と投げかける。すると、他のボランティアから、「それだったら、こんな曲がいいね」と話の輪は広がっていった。間もなく始動するに違いない。

齊藤氏は院内デイケアの効果として、「患者の弱っている気持ちを立ち上げると同時に、お家に帰るという視点も持てるようになる」と示唆する。現在の診療報酬体系では、平均在院日数を短くすると患者一人当たりの単価が向上するしくみになっている。そのため、在院日数をできるだけ短縮する傾向がある。「在院日数が短くなっている今、地域に戻った時にその人たちをどうサポートしていくかというのが課題」と齊藤氏は語る。院内デイケアは地域に戻る第一歩である。

5-2-2 優しい地域づくり

次は、利用者が戻る地域づくりである。この地

域づくりは、①現在の静岡での取り組みを他のグループ、病院、施設などに紹介することにより、各地にコミュニティケアの中核を形成しようとする活動と、②自ら活動する地域に働きかけ、より良い地域を作る活動の二通りで行なわれている。

前者について、現在、斉藤氏は次の二つの活動に取り組んでいる。一つめは各地のボランティアグループ研修の受け入れで、平均月2回ほど受け入れている。この受け入れに関しては、あまり積極的ではないそうだ。というのは、利用者、ボランティア、職員共に「見世物」ではなく、「見学されても困る」からだという。しかし、「病院ボランティアの社会的理解を得るため」には必要な活動だとも考えている。もう一つは全国の病院、ボランティアグループ、学校、行政での講演や研修会である。平均月2.5回ほど行なっており、依頼内容はボランティア論全般、マナー教育、コーディネーター論、グループ論、など多岐にわたる。これらの活動を行なっているのは「講演などを通して考えていることを伝え、同じようなボランティアが一杯増えたら良いなと思っている。一箇所が良くなると三箇所が良くなると思う」という気持ちと「ボランティア・コーディネートに必要なノウハウやサポートを提供することで、もっと活動が広がり、充実すると思う」という気持ちからである。

後者について、斉藤氏は、「地域には、色々な支援を提供できる人がいるから、病気にならないための学びの場を作り、病気になった時は、お互いどうすれば手を貸し合えるネットワークを作れるか、そのような勉強会を展開していきたい」と述べている。「色々な支援を提供できる多様な人材」を「手を貸し合えるネットワーク」につなげていこうとするのは、地域における自発的な支援組織づくりに他ならない。

5-2-3 患者支援のための中間支援組織の設立

「最後はやっぱりコミュニティで支えないと地域で支えないとだめだと思う。優しい地域があればそこで暮らせる。地域がないから不安になったりしちゃうんだと思う」と、地域で支えるネットワークの必要性を語る斉藤氏は、それを具体化するための第一歩として患者が段階的に地域へ戻ることができるような支援母体「ボランティアによる患者支援のための中間支援組織」の設立を構想している。

「例えば、退院しても自宅から通院するには遠

い人は、毎日通ってくるのがとても大変で負担。それを思うと不安になると思う。そのような時に、この施設で一緒に過ごしなが、一方的に助けるということではなく、必要な時に支援する病院と地域の間施設を作り、ボランティアの力で運営していきたい。病院で顔見知りのボランティアがいることで、安心して利用でき、地域へ戻っていけると思う」。

先に述べたように、在院日数が短くなっている今、通院治療を行なう人が多いと考えられる。一方で、静岡がんセンターは、最先端のがん専門病院であるため、遠くから来院する人も多いと聞く。筆者が訪問した際も、朝早くに電車で3時間かけて病院へ来て、複数の検査のため、なかなか回ってこない順番を一日病院のロビーで待っていて疲れた、という利用者がいた。本病院の利用者の状況を考えると、通院が負担となる患者が、数日滞在し、病院へ通うことができるような場所が望まれていることがうかがえる。また、本病院の特質に限らず、退院後、すぐに日常生活を送ることは難しく、食事や掃除、移動など様々な場面で、ちょっとした助けが必要な場合があるだろう。たとえ独居老人でも、回復するまでの期間、斉藤氏が構想しているような病院と地域との中間的な施設があれば、安心して退院できるのではないだろうか。

斉藤氏の取り組みは地域における社会的支援組織づくりという視点から見ると、①院内デイケアを通じて、利用者が地域へ帰る第一歩を支援する、②点在しているボランティア、病院、施設に、ボランティア活動によるコミュニティケアの可能性と意義を伝えることにより、幅広い地域でコミュニティケアの芽を育てると同時に、活動拠点である病院から地域全体にコミュニティケアの発想を浸透させ、地域の人々がコミュニティケアの主体となるよう促す、③実際に利用者が地域へ戻る際の支援をボランティアで担うことによって、利用者の負担を軽減すると同時に、病院ボランティアの活動領域を拡大して地域の支援ネットワークに結びつける、という明確な方向性が読み取れる。

結論的に言うと、斉藤氏の試みは、「病院ボランティア活動には、病院を変えるだけではなく、地域も変え、病院も含めたあらたな地域の形を創っていく力がある」ことを実証しようとするものであり、そうした地域づくりのファシリテーターであることに病院ボランティア・コーディネー

ターの新しい役割と可能性を見出そうとするものである。

結 語

本稿では、医療専門家とボランティアの協働による社会的支援ネットワークを病院内につくり、それを地域に拡大していくことが病院ボランティア・コーディネーターの主たる役割であるという観点から、病院におけるボランティアの活動とコーディネーターの機能を検証した。病院が利用者に対して包括的なケアを提供しようとするれば、退院後のケアや地域保健を視野に入れて、地域との協力によるコミュニティケアを推進する必要がある。この地域における支援システムを構築しようとする時、その担い手になる潜在的可能性を有しているのが自発的支援ネットワークとしての病院ボランティアであり、ファシリテーターとしてのボランティア・コーディネーターである。その意味で、静岡がんセンターがボランティアによる院内デイケアから始めて、中間支援組織の設立を経て、コミュニティケアの主体としての地域づくりをめざそうとする構想は、新しい地域住民主体の社会的支援組織づくりのモデルとして注目される。

注 釈

- 注1：山本和郎，1986，『コミュニティ心理学—地域臨床の理論と実践』東京大学出版会。
- 注2：2004年6月26、27日に開催された第7回日本コミュニティ心理学会の統一主題が「多分野間の協力による支援」であった。
- 注3：Caplan, G. 1974, Support systems and community mental health, Behavioral Publications.
- 注4：安立清史編，2003，『病院ボランティア・グループに関する全国調査』九州大学。厚生科学研究報告書
安立清史編，2004，『病院ボランティア・コーディネーターに関する全国調査』九州大学。厚生科学研究報告書
- 注5：日本医療機能評価機構2002年度評価体系（Ver. 4.0）の評価項目について、「1.10 地域に開かれた病院」の下部項目に「1.10.1.2 ボランティアを受け入れている—ボランティアの受け入れ体制、オリエンテーションや教育の実施、活動評価」と記されている。

注6：筒井のり子，1996，「ボランティア・コーディネーターの役割」『月刊 keidanren』1996. 5: 26-28.

注7：特定非営利活動法人日本病院ボランティア協会，2001，『病院ボランティア—やさしさのこころとかたち』中央法規出版。

注8：安立清史，2000，『病院ボランティアの調査—医療・福祉機関によるボランティア受け入れシステムに関する調査・研究』平成10年度～平成11年度科学研究費補助金（基盤研究(C)(2)）研究成果報告書，九州大学。